

Bảo Hiểm Sức Khỏe Giá Hạ hoặc Miễn Phí dành cho Trẻ Em & Thiếu Niên ở Washington



1-877-KIDS-NOW

Số điện thoại miễn phí (1-877-543-7669)

Có tổng đài trực để giúp quý vị từ 8 giờ sáng đến 5 giờ tối từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, hoặc hãy gọi đơn của quý vị ngay hôm nay!

Các thông tin có thể tìm đọc trong website của chúng tôi ở địa chỉ: <http://healthykidsnow.net/>

Bộ Xã Hội và Y Tế Tiểu Bang Washington DSHS 22-394(x) VI (Rev. 7/05)



📌 Hàng Ngàn Trẻ Em Dưới 19 Tuổi Hội Đủ Điều Kiện Hưởng

Chương trình này rất linh động và dài thọ cho những trẻ em và thiếu niên trong nhiều hoàn cảnh gia đình.

- Trẻ em có cha/mẹ độc thân
- Trẻ em có cả cha lẫn mẹ (single parents)
- Trẻ em có cha mẹ đi làm
- Thanh thiếu niên (dưới 19 tuổi) sống tự lập
- Trẻ em đang ở với ông bà, với gia đình hoặc bạn bè khác

Ngay cả những trẻ em có tình trạng bệnh trước đây hội đủ điều kiện.

❓ Những Loại Dịch Vụ Nào Được Đòi Thọ?

Chương trình bảo hiểm sức khỏe đòi thọ toàn diện các dịch vụ cần thiết dành cho tất cả các trẻ em để được khỏe mạnh. Một khi con em của quý vị hội đủ điều kiện hưởng, quý vị sẽ được biết thêm chi tiết về cách thức nhận chăm sóc. Một số các dịch vụ được đòi thọ bao gồm:

- Được khám bệnh do bác sĩ hoặc y tá
- Chăm sóc trong bệnh viện và phòng cấp cứu
- Chăm sóc răng
- Thuốc mua theo toa
- Khám sức khỏe và chích ngừa
- Mắt kính và máy trợ thính
- Chữa trị về vật lý trị liệu và nói
- Kế hoạch hóa gia đình
- Được đưa đón khi đi khám bệnh
- Cố vấn và nhiều thứ khác nữa!

❓ Làm Thế Nào Để Biết Con Tôi Có Hội Đủ Điều Kiện Hay Không?

Việc tiến hành rất dễ dàng và mặc dù có rất nhiều gia đình đi làm nhưng vẫn hội đủ điều kiện. Lợi tức, số người trong gia đình (*nhớ bao gồm người mang thai, và bào thai cũng được tính là một người trong gia đình*) và một số chi phí hàng tháng sẽ được dùng để cứu xét trong việc hội đủ điều kiện. Muốn biết xem con em của quý vị có hội đủ điều kiện hay không, hãy làm theo những bước dễ dàng dưới đây. Kế đến so sánh mức lợi tức hàng tháng của quý vị với bản biểu thị.

Bước 1

Ghi Xuống Số Lợi Tức của Gia Đình Quý Vị (trước khi trừ thuế)

\$ _____

- Trừ đi những chi phí mà quý vị phải trả hàng tháng như giữ trẻ hoặc chăm sóc cho người lớn để quý vị đi làm. —
- Trừ đi tất cả số tiền cấp dưỡng con hàng tháng theo lệnh tòa mà quý vị phải trả cho đứa con sống ngoài gia đình. —
- Trừ đi \$90 cho mỗi người lớn trong gia đình có đi làm. —

Bước 2

So Sánh Để Xem Quý Vị Có Hội Đủ Điều Kiện Không

= _____

Nếu lợi tức hàng tháng của quý vị gần bằng số tiền trong bản biểu thị dưới đây, thì con em của quý vị có thể đủ điều kiện hưởng bảo hiểm giá hạ hoặc miễn phí!

Rất nhiều người có lợi tức cao nhưng vẫn được hợp lệ. Nếu lợi tức của quý vị cao hơn mức ghi trong bản biểu thị, xin gọi số 1-877-KIDS-NOW để biết thêm chi tiết.

Số Người Trong Gia Đình (kể cả phụ huynh và trẻ em)	Lợi tức phòng chường hằng tháng (sau khi đã trừ ra các khoản ở Giai Đoạn 1)
1	tối đa là \$1,994
2	tối đa là \$2,673
3	tối đa là \$3,353
4	tối đa là \$4,032
5	tối đa là \$4,711
Nhiều hơn	Cộng thêm vào \$680 cho mỗi một người nữa trong gia đình

Định mức lợi tức có hiệu lực cho đến hết ngày 31 Tháng Ba, 2006. Bản biểu thị này chỉ dành cho các trẻ em dưới 19 tuổi. Các chương trình khác có những đòi hỏi khác biệt về điều kiện hợp lệ dành cho các gia đình và phụ nữ mang thai. Hãy gọi số miễn phí 1-877-KIDS-NOW để biết thêm chi tiết.

📌 Nộp Đơn Xin rất Dễ Dàng!

1. Hãy điền đầy đủ mọi chi tiết vào đơn có kèm trong tập sách này.
2. Tách rời đơn đó ra khỏi tập sách.
3. Tách phong bì ở tờ đơn ra.
4. Kèm theo trong đơn bản sao về lợi tức. Thí dụ:
 - Chi phiếu tiền lương của 30 ngày vừa qua;
 - Tờ khai tự làm chủ; HOẶC
 - Thư của sở làm có ghi lợi tức hàng tháng chưa khấu trừ của quý vị.
5. Bỏ đơn vào phong bì.
6. Bỏ đơn đó vào bất cứ một thùng thư nào! Không cần phải dán tem.

❓ Bao Lâu Con Em Của Tôi Mới Được Bảo Hiểm Sức Khỏe?

- Trẻ em được cứu xét để xin chương trình bảo hiểm sức khỏe miễn phí trước.
- Khi được chương trình bảo hiểm chấp thuận, các em sẽ được bảo hiểm vào ngày đầu của tháng nhận được đơn xin!
- Quý vị sẽ nhận được thư trong vòng 6 tuần để cho quý vị biết nếu con em quý vị được hợp lệ.
- Khi các trẻ em được chấp thuận, các em có thể được hưởng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ngay lập tức.
- Để cho đơn được tiến hành nhanh chóng, xin nhớ điền đầy đủ mọi phần trong đơn.
- Mỗi sáu tháng quý vị sẽ nhận được đơn mới để xin lại bảo hiểm.

📌 Chương Trình Tuyệt Hảo dành cho các Trẻ Em ở Washington

Medicaid và CHIP

- Được bảo hiểm với giá hạ hoặc miễn phí.
- Trẻ em sẽ được cứu xét trong chương trình miễn phí trước.
- Mỗi tháng sẽ nhận được hóa đơn đóng tiền bảo hiểm.
- Nếu quý vị có bốn người con hoặc nhiều hơn, quý vị chỉ phải đóng tiền bảo hiểm cho ba trẻ.
- Một số trẻ em có thể đủ điều kiện để được đòi thọ cho những hóa đơn y tế chưa thanh toán trong ba tháng vừa qua.

Muốn được giúp đỡ trong cộng đồng của quý vị xin gọi:



Đơn Xin Trợ Cấp Y Tế cho Trẻ Em



Đơn này chỉ dùng để xin bảo hiểm sức khỏe dành cho trẻ em và thiếu niên dưới 19 tuổi. Bất cứ ai cũng có thể xin bảo hiểm thay cho đứa trẻ. Đứa trẻ cũng có thể tự nộp đơn xin cho chính mình. **Chúng tôi sẽ tiếp tục gửi những thông tin sau này cho người có tên ghi trong ô số 1.** Nếu quý vị có bất cứ điều gì thắc mắc hoặc cần giúp đỡ điền đơn này, xin gọi số 1-877-543-7669. Chúng tôi sẵn sàng giúp quý vị!

Xin viết bằng chữ in và dùng bút đen hoặc xanh. Dùng dùng bút chì. **(Ghi tên cha/mẹ, người giám hộ hoặc người liên lạc để nhận thông tin sau này)**

1 TÊN	TÊN LÓT	HỌ		
2 ĐỊA CHỈ CƯ NGỰ	ĐƯỜNG	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	SỐ BƯU CHÍNH
3 ĐỊA CHỈ GỬI THƯ (NẾU KHÁC)	ĐƯỜNG	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	SỐ BƯU CHÍNH
4 SỐ ĐIỆN THOẠI	5 Quý vị có bị trở ngại về nói, đọc hoặc viết tiếng Anh không? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>			
NHÀ ()	Quý vị có cần đơn bằng một ngôn ngữ khác hoặc cách trình bày khác hay không? _____			
SỞ LÀM ()	Quý vị có cần thông dịch viên không? (Nếu có, chúng tôi sẽ giúp quý vị qua người thông dịch viên.) Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>			
SỐ ĐỂ NHẮN ()	6 Có con em nào dưới 19 tuổi đang trong tình trạng cần phải chăm sóc y tế ngay hay không? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>			
	Trong gia đình quý vị có ai đang mang thai không? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>			
	Nếu "có", xin cho biết tên? _____			

Chi Tiết Tổng Quát

7 Ghi tên của những người trong gia đình **đang ở chung**.
(Xin dùng một tờ giấy rời để ghi thêm tên của những người trong gia đình, nếu cần thiết.)

TÊN (TÊN, TÊN LÓT, HỌ)	QUAN HỆ VỚI QUÝ VỊ	NGÀY SANH (THÁNG/ NGÀY/NĂM)	SỐ AN SINH XÃ HỘI * = TÙY Ý	PHÁI NAM hoặc NỮ	CÔNG DÂN MỸ CÓ KHÔNG	ĐIỀN VÀO PHẦN DƯỚI ĐÂY NẾU CON EM CỦA QUÝ VỊ KHÔNG PHẢI LÀ CÔNG DÂN MỸ		
A. CHA/MẸ, GIÁM HỘ HOẶC CHÍNH QUÝ VỊ			*		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ĐỨA TRẺ CÓ GIẤY TỜ GÌ CHỨNG MINH VỀ TÌNH TRẠNG CƯ TRÚ KHÔNG?	GHI NGÀY ĐỨA TRẺ ĐẾN HOA KỲ	ĐỨA TRẺ CÓ NGƯỜI BẢO TRỢ KHÔNG?
B. VỢ/CHỒNG HOẶC CHA/MẸ KHÁC (nếu ở chung trong nhà)			*		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	CÓ KHÔNG		CÓ KHÔNG
C. GHI TÊN CÁC TRẺ EM VÀ THIẾU NIÊN DƯỚI 19 TUỔI (những trẻ em muốn trợ cấp y tế)					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G. GHI TÊN CỦA NHỮNG NGƯỜI LỚN/TRẺ EM KHÁC Ở TRONG NHÀ (những người không muốn trợ cấp y tế)			*			Lưu ý: Xin đính kèm bất cứ giấy tờ gì chứng minh về tình trạng cư trú của đứa trẻ.		
			*					

8 Có trẻ em nào trong gia đình quý vị dưới 19 tuổi bị tật nguyên không? Có Không
Nếu "Có" xin cho biết tên? _____

Chi Phí Những chi tiết này có thể giúp cho con em của quý vị được hội đủ điều kiện.

9 Quý vị có phải trả tiền giữ trẻ trong khi quý vị đi làm không?	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	Nếu "Có," mỗi tháng trả bao nhiêu tiền? \$ _____
Quý vị có phải trả tiền để chăm sóc cho người lớn bị tật nguyên trong khi quý đi làm không?	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	Nếu "Có," mỗi tháng trả bao nhiêu tiền? \$ _____
10 Quý vị có lệnh tòa về cấp dưỡng cho đứa con nào không ở chung nhà với quý vị hay không?	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	Nếu "Có," mỗi tháng trả bao nhiêu tiền? \$ _____

Lợi Tức

Ghi vào số tiền GỘP (Gross) (trước khi trừ thuế hoặc các chi phí). (Xin kèm theo chứng từ về lợi tức của 30 ngày vừa qua)

11 TÊN VÀ SỐ ĐIỆN THOẠI SỞ LÀM CỦA CHA/MẸ ()	LỢI TỨC KHÁC TRONG GIA ĐÌNH	SỐ TIỀN ĐÃ NHẬN ĐƯỢC TRONG 30 NGÀY VỪA QUA	NGƯỜI NÀO TRONG GIA ĐÌNH ĐÃ NHẬN SỐ TIỀN NÀY?	
12 Số tiền quý vị đã nhận được trong 30 ngày vừa qua trước khi trừ thuế hoặc các khoản chi phí: \$ Trong số tiền này lợi tức tự làm chủ là bao nhiêu?*	15 CẤP DƯỠNG CON	\$		
13 TÊN VÀ SỐ ĐIỆN THOẠI SỞ LÀM CỦA VỢ/CHỒNG (HOẶC CHA/MẸ KHÁC ĐANG Ở CHUNG NHÀ): ()	16 CẤP DƯỠNG HÔN PHỐI	\$		
14 Số tiền do vợ/chồng của quý vị (hoặc người cha/mẹ khác đang ở chung nhà) đã nhận được trong 30 ngày vừa qua trước khi trừ thuế hoặc các khoản chi phí: \$ Trong số tiền này lợi tức tự làm chủ là bao nhiêu?*	17 TRỢ CẤP AN SINH	\$		
*NẾU QUÝ VỊ HOẶC VỢ/CHỒNG (HAY NGƯỜI CHA/MẸ KHÁC ĐANG Ở CHUNG NHÀ) TỰ LÀM CHỦ, THÌ QUÝ VỊ CÓ THỂ ĐƯỢC KHẤU TRỪ THÊM CÁC KHOẢN KHÁC. XIN GỌI SỐ 1-877-KIDS-NOW ĐỂ BIẾT THÊM CHI TIẾT HOẶC GIÚP TRONG VIỆC ĐIỀN ĐƠN.	18 TIỀN THẤT NGHIỆP	\$		
	19 LỢI TỨC DO ĐẦU TƯ/TIỀN LỜI NGÂN HÀNG/TIỀN LỜI CỔ PHẦN	\$		
	20 TRỢ CẤP CỤU CHIẾN BINH	\$		
	21 TIỀN DO SỞ LAO ĐỘNG & KỸ NGHỆ	\$		
	22 TRỢ CẤP QUÂN NHÂN	\$		
	23 NGUỒN LỢI TỨC KHÁC (Xin giải thích)	\$		
	24 Quý vị có cần giúp trả tiền cho những hóa đơn y tế chưa thanh toán – trong 3 tháng vừa qua – cho bất cứ một trẻ em nào mà quý vị đang nộp đơn xin bảo hiểm hay không? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>			
				Nếu "Có," xin gửi bản sao về lợi tức của tất cả những người trong gia đình cho những tháng mà quý vị muốn chúng tôi tái xét.

Chi Tiết về Bảo Hiểm Sức Khỏe

Xin cho chúng tôi biết bất cứ bảo hiểm sức khỏe nào mà **con em** của quý vị đã có.

25 A Có bất cứ trẻ em nào mà quý vị đang nộp đơn xin đã có bảo hiểm sức khỏe rồi hay không? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	25 B Nếu "Có," bảo hiểm sức khỏe đó có đài thọ những dịch vụ khi đi bác sĩ, bệnh viện, x-ray (quang tuyến) và phòng thí nghiệm hay không? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	26 A Trong 4 tháng vừa qua con em của quý vị có được bảo hiểm sức khỏe đài thọ qua sở làm của quý vị hay không? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	26 B Nếu "Có," tiền đóng bảo hiểm có dưới \$50 mỗi tháng cho các con hay không? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
27 Nếu quý vị trả lời "Có" cho bất cứ câu hỏi nào ở trên (25 a hoặc b hay 26 a hoặc b), xin cho biết tên hãng bảo hiểm hoặc tên sở làm cung cấp bảo hiểm sức khỏe cho con em của quý vị.			
TÊN HÃNG BẢO HIỂM HOẶC SỞ LÀM	SỐ HỒ SƠ BẢO HIỂM	NGƯỜI ĐÚNG TÊN TRONG HỒ SƠ	SỐ AN SINH XÃ HỘI CỦA NGƯỜI ĐÚNG TÊN HỒ SƠ (TÙY Ý)

Cho Biết về Nhân Chứng/Chứng Tộc của Đứa Trẻ (Những Chi Tiết này là Tình nguyện)

Chúng tôi yêu cầu quý vị tình nguyện cho chúng tôi biết về nhân chứng hoặc chứng tộc của đứa trẻ. Những chi tiết này sẽ không được dùng để cứu xét trong việc hội đủ điều kiện của quý vị.	<input type="checkbox"/> Mỹ Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska <input type="checkbox"/> Á Châu <input type="checkbox"/> Mỹ Da Đen hoặc Mỹ Gốc Phi <input type="checkbox"/> Tây Ban Nha hoặc Mỹ La Tinh <input type="checkbox"/> Thổ Dân Hạ Uy Di hoặc Người ở Đảo Thái Bình Dương Khác <input type="checkbox"/> Mỹ Da Trắng <input type="checkbox"/> Dân Tộc Khác _____
<i>Cấm kỳ thị trong tất cả mọi chương trình và các sinh hoạt của Bộ Xã Hội và Y Tế. Không một ai có thể bị loại ra khỏi các chương trình và sinh hoạt này vì lý do chủng tộc, màu da, tín ngưỡng, xu hướng chính trị, nguồn gốc, tôn giáo, tuổi tác, phái tính hoặc tật nguyền.</i>	

Xin Đọc Thận Kỹ Trước Khi Ký Tên

Đơn này chỉ dùng để xin trợ cấp y tế cho trẻ em mà thôi. Nếu trong gia đình quý vị có người đang nhận, hoặc muốn xin trợ cấp tiền mặt, thực phẩm căn bản hoặc những trợ cấp khác, xin liên lạc với Phòng Dịch Vụ Cộng Đồng (CSO) ở địa phương quý vị.

- DSHS có thể yêu cầu quý vị trình bằng chứng mà quý vị báo cáo cho họ biết rằng quý vị hội đủ điều kiện. Quý vị có thể yêu cầu DSHS giúp để lấy chứng từ.
- Chi tiết khai báo của quý vị sẽ được những cơ quan khác của tiểu bang hoặc liên bang duyệt xét. Những chi tiết này sẽ KHÔNG dùng chung với Sở Di Trú và Nhập Tịch (INS).
- Do việc xin và nhận trợ cấp y tế, quý vị cho tiểu bang Washington tất cả mọi quyền hạn về bất cứ sự hỗ trợ nào về y tế và việc trả tiền chăm sóc y tế đối với bất cứ một nơi thứ ba (third party) nào.
- DSHS có thể cho Hệ Thống Theo Dõi Hồ Sơ Chính Ngừa Trẻ Em biết về quá trình chính ngừa của con em quý vị.

TUYÊN THỆ VÀ KÝ TÊN Tôi đã đọc và hiểu rõ những chi tiết trong đơn này. Tôi tuyên bố rằng, sẽ chịu mọi hình phạt nếu khai gian, và những chi tiết tôi khai trong đơn này là sự thật, chính xác, và đầy đủ với sự hiểu biết nhất của tôi.	Chữ Ký của Đương Đơn X _____ Ngày _____
---	--

Cách Nộp Đơn

 GỬI ĐẾN: Dept. of Social and Health Services P.O. Box 45449 Olympia, WA 98504-5449	 CẦN GIÚP: Nếu quý vị cần giúp hoặc có thắc mắc, xin gọi số 1-877-KIDS-NOW. (1-877-543-7669)
---	--

**Đơn này chỉ dùng để xin bảo hiểm y tế mà thôi.
Nếu quý vị muốn xin trợ cấp khác (như thực phẩm căn bản), xin gọi số 1-877-KIDS-NOW**



- Quý vị đã kèm theo chứng từ về lợi tức của 30 ngày vừa qua chưa?
- Quý vị đã ký tên vào đơn chưa?
- Quý vị đã ghi số an sinh xã hội của tất cả những trẻ em mà quý vị đang nộp đơn xin chưa?
- Nếu con em của quý vị không phải là công dân Mỹ, quý vị có đính kèm bản sao giấy tờ về tình trạng cư trú của các em chưa?

Để cho đơn được tiến hành mau chóng, xin nhớ điền đầy đủ mọi phần trong đơn.